

# **Efektivita institucí péče o duševně nemocné v České republice**

**Gabriela Hrbáčová**

**Fakulta sociálních věd**

**Universita Karlova**

**Praha**

3. ročník sociologie

Konzultovala: **PhDr. Gabriela Munková, CSc.**

Práce bude obhajována v 6. semestru studia.

*Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.*

V Praze dne 18.5.2006

vlastnoruční podpis: *Gabriela  
Hrbáčová*

# Obsah

Abstrakt.....	3
<b>1.Úvod.....</b>	<b>4</b>
1.1.Vymezení poznávacího problému.....	4
1.2.Cíle práce a výzkumné otázky.....	4
<b>2.Teoretická východiska.....</b>	<b>5-8</b>
<b>3.Metodický přístup.....</b>	<b>9</b>
<b>4.Samotný text práce.....</b>	<b>10-27</b>
4.1.Organizace péče.....	10
4.2.Ambulantní péče.....	10-11
4.3.Lůžková péče.....	11-16
4.3.Intermediární péče.....	17-23
4.4.Meziresortní péče.....	24
4.5. Zařízení mimo resort zdravotnictví.....	25
<b>5.Základní závěry a řešení.....</b>	<b>26-27</b>
<b>6.Použité zdroje.....</b>	<b>28</b>
6.1.Příloha č.1:Projekt bakalářské práce.....	29-30
6.2. Příloha č.2:Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
6.3. Příloha č.3:Tabulka vyhodnocení výzkumu.....	32

## Abstrakt

Práce je analýzou vybrané části sociální politiky. Soustředí se na problematiku institucí péče o duševně nemocné v ČR a jejich efektivitu. Popisuje, jaké spektrum institucionalizované a komunitní péče o duševní nemoc se v ČR nachází, co pacientům nabízí a jaké jsou jejich nevýhody. Základní rozdělení je na péči ambulantní, intermediární, lůžkovou, meziresortní zařízení a zařízení mimo resort zdravotnictví. Vychází z deskripce těchto institucí a organizací v odborné literatuře a časopisech, opírá se o zkušenosti bývalých pacientů a zaměstnanců a podává ucelený obraz. Práce definuje hlavní problémy v síti péče o duševně nemocné, opírá se o modely přístupů k duševně nemocným a navrhuje možná řešení. Zvláštní důraz je kladen především na komunitní péči, dobrovolnickou péči, svépomocná hnutí a klasické psychiatrické léčebny. Hlavními problémy spjatými s institucionalizovanou péčí jsou především agresivita personálu, absence komunikace, vysvětlení a individuálního přístupu, nadměrné užívání omezovacích technik a jednoznačná preference defektního a biomedicínského modelu oproti psychoanalytickému nebo rodinnému interakčnímu. Sporným problémem je také používání klecových a sítových lůžek. Stále chybí častější zařazení psychoanalytického modelu a šíření osvěty o duševní nemoci mezi „normální populací“. Hlubší reforma institucí a její posun k deinstitucionalizaci po vzoru Západu není možná bez většího přílivu financí a zvýšení počtu personálu v psychiatrické péči.

## Abstract

The aim of this analysis is the efficiency of institutions caring for mentally ill patients in the Czech Republic. It describes the spectrum of service of both the institutional and comunal care for mentally ill, its advantages as well as disadvantages. The study discusses all sorts of care, i.e. ambulant, stationary, bed, interresort institutions, and institutions apart from the health resort. It is based on the description of such institutions and organizations in the scientific literature, and on the experience of former patients and the staff. It defines the main problems of caring for mentally ill, uses model approaches and suggests possible solutions. In particular, it stresses the communal care, charity work, help groups, and clasical psychiatric institutions. Aggessivity of the staff, lack of communication, explanation and of individual approach, abnormal using of constraint technics, preference of the defect and biomedical models to the psychoanalytical or family oriented models, as well as using of „cage“ and „net“ beds have been identified as the main problems of the institutional care. The analysis stresses the importance of applying the psychoanalytical model, and informing the „normal population“ about mental illness. It concludes that a substantial reform of psychiatric institutions towards the West deinstitucionalized model is not possible without proper funding and employing of more staff.

# Úvod

## Vymezení poznávacího problému

Psychiatrie je známým kamenem úrazu české medicíny. Oproti jiným lékařským oborům je, zdá se, stále trochu pozadu a opomíjená. Léčba duševně nemocných je komplexní a nekončí jen hospitalizací v lůžkovém psychiatrickém zařízení a podáváním psychofarmak a proto bych chtěla zmapovat také jak je to v ČR i s komunitní a následnou péčí. Oba typy- institucionalizovaná i neinstitucionalizovaná péče jsou potřebné, bez klasické léčby a psychofarmak nejdou některé případy zvládnout, a doléčovací denní sanatoria, chráněná práce a chráněné bydlení, jsou tu od toho, aby pomohly klientům s resocializací, návratem zpět a s během každodenního života, pracovního i volného času.

## Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem mé práce je analýza a deskripce organizace péče o duševně nemocné v České republice. Do této kategorie patří široké spektrum institucí, jež dělíme na péči **ambulantní, lůžkovou, intermediární, meziresortní zařízení a zařízení mimo resort zdravotnictví**. Popíši rozdíly mezi institucionalizovanou a komunitní péčí a jejich přístupy a službami pacientům. Budu zjišťovat jejich efektivitu a problémy, se kterými se potýkají. Hlavní otázky, které chci zodpovědět, jsou zda pacienti hodnotí lépe zkušenost s komunitní péčí o duševně nemocné (Fokus, střediska denní péče, doléčovací sanatoria) než zkušenost se státními psychiatrickými léčebnami a zmapovat stav následné péče o duševně nemocné v ČR. Dále chci zjistit, zda existuje spojitost mezi dnešními psychiatrickými léčebnami a Goffmanovým fenoménem totální instituce, který je jeden z mých hlavních teoretických konceptů. Budu také ověřovat, zda skutečně u institucionalizované péče převládá medicínský (biomedicínský) model přístupu k duševně nemocným oproti modelům ostatním.

## Teoretická východiska

Problematika duševní nemoci je v sociologii poměrně diskutovaným tématem. Sociologickým výzkumům s touto tematikou se věnovali především autoři **Prokůpek, Janík** (Veřejnost a duševně nemocný) a **Škoda**. Problému (především vztahu mezi lékařem a pacientem) se věnoval i **Parsons**.

Impulsy k mé práci vzešly dále především od autorů **Ervinga Goffmana** a jeho děl *Azyly*, odkud jsem převzala koncept **totální instituce** a **Stigma** a od **Michela Foucaulta** a jeho děl **Dějiny šílenství**, které nabízejí dobrý historický a filosofický exkurz a **Dohlížet a trestat**, kde mě zaujal model **Panoptikonu** a nahlédla jsem také do knihy **Psychologie a duševní nemoc**, která zastupuje spíše psychologizující pohled na věc. Nejvíce mě inspiroval **Karel Chromý** a jeho knihy **Sociologie duševních poruch** a **Duševní nemoc (Sociologický a sociálněpsychologický pohled)**. Pracovala jsem především s **modely duševních poruch, značkovací (etiketizační) teorií-(labellingem) a stigmatizací**.

### Zařazení a úkoly sociologie duševních poruch

V centru pozornosti **sociologie duševních poruch** jsou procesy, jimiž je člověk zařazen nebo se zařadí mezi psychiatrické pacienty, když to zřejmě není dáno pouhým stavem mozku nebo určitým chováním. Studují se rovněž výsledky takového zařazení, když se pravděpodobně nevyčerpávají zajištěním odborné péče. Sociologie zkoumá psychiatrii s naprostou samozřejmostí v kontextu celé medicíny a její poznatky jsou použitelné ku prospěchu pacientů i oboru. Není tedy totožná s **antipsychiatrií**, která sice operovala s některými sociologickými poznatky, ale stavěla psychiatrii do protikladu k ostatním lékařským oborům a její přístup k oboru byl jednoznačně destruktivní. Integruje-li psychiatr sociologické poznatky, nebude při příštích rozborech anamnéz považovat hospitalizaci za prostý důkaz zhoršení pacientova stavu, když do jejího uskutečnění zasahuje řada okolností od přítomnosti obvodního lékaře, přes situaci v rodině a jejím okolí až po organizační opatření v činnosti žurnálního lékaře v lůžkovém zařízení. [Chromý:1984; 1-2]

Mohutný rozvoj psychiatrie v posledních desetiletích přinesl s sebou ještě mohutnější vzrůst patientské populace. Závažným výsledkem medicinizace je deaktivace zdravotnických institucí. Medicína dosáhla vysokého stupně rozvoje jako profese, k čemuž patří téměř neomezená kontrola na svěřeném poli. V oblasti zdravotních poruch není nikdo jiný než zdravotnictví povolán, odborníci jsou pouze zdravotničtí pracovníci. Někdy se stane, že je zdravotnictví konfrontováno s problémy, jejichž lékařská regulace je obtížná nebo nemožná. Odezvou může být nespokojenost určitých zdravotnických pracovníků. Jindy se volá po demedicinizaci, když psychiatrizace zneužívání chemických látek zajišťuje obsazování psychiatrických lůžek asociálními jedinci mezi výkony jednotlivých trestů. Zatím ale není demedicinizace příliš reálná, spíš by se mělo usilovat o zastavení další medicinizace. [Chromý:1984; 6-7]

#### **a) Totální instituce**

**Goffman** vychází z běžného pojetí instituce jako určitého prostoru, ve kterém se vykonává nějaká činnost, tedy jako sociálně pocíťovaného materiálního rámce k dosahování specifických účelů. Předmětem svého zájmu učinil hlavně **totální instituce**, které definuje čtyřmi charakteristikami:

1. všechny věci života jsou soustředěny na jedno místo a stojí pod jedinou autoritou,
2. členové (totální) instituce vykonávají všechny fáze své každodenní aktivity spolu se všemi druhy stejného osudu,
3. všechny fáze denní činnosti jsou naplánovány a
4. tím je dosahováno oficiálního cíle instituce.

[Goffman:1990; 32]

Myslím si, že nejen azyly a útulky dřívější, ale i psychiatrické léčebny dnes odpovídají tomuto pojmu. Splňují výše zmíněné body. Mají totální kontrolu nad pacienty a všemi aspekty jejich života, odříznou je od okolí a připomínají režim vězení, řád je závazný pro všechny. Existuje přísné rozdělení na personál a pacienty.

### b) Stigma

Dá se říci, že problémem u duševně nemocných je už samotné oslovení „pacient“, „blázen“, „ten katatonik na dvojce...“

Pacienti, pokud mohou, dávají přednost oslovení **klient**. [Esprit 2000, č.5-6, s.2-3]

**Chromý** tvrdí, že existuje kategorie stigmatizovaných onemocnění, ale otázkou je, do jaké míry sem patří duševní poruchy. Za měřítko stigmatizace je považováno odmítání. Stupně odmítání měříme na škále sociální distance. Další možností je zkoumání postojů. Zde užíváme metodu sémantického diferenciálu. Odmítání závisí na dvou faktorech: na prezentovaném chování a na způsobu intervence. Nejvíce člověk odmítá, pokud cítí hrozbu.

Stigma duševně nemocných patří mezi stigmata individuální, které vedou k odmítání spíše v individuálních vztazích. Stigma duševně nemocných má kvalitativně odlišnou povahu od stigmat jiných a zdá se omezené na určité situace. Překvapivě ani výsledky výzkumu psychiatrického personálu neprokázaly, že by odborníci a ti, kteří tráví s duševně nemocnými nejvíce času, k nim měli méně odmítající postoje než laici. [Chromý:1984; 28-30]

### c) Etiketizační teorie-labelling

Nálepka duševně chorého člověka způsobuje rozpačitost a nedůvěru u kolegů, přátel a známých, i v zaměstnání. Ani rodina často není nemocnému oporou, stydí se za něj a nemluví o jeho problému.

### e) Modely duševních poruch

Existuje několik **modelů duševních poruch**. Jsou to modely **démonologický, lékařský, morální, defektní, psychoanalytický, rodinný interakční, konspirační a psychedelický**.

**Démonologický model** se uplatňoval spíše v minulosti, a koncipuje duševní poruchy jako výsledek posedlosti zlým duchem, např. ďáblem. [Chromý:1984; 11]

**Model lékařský** koncipuje šílenství jako stav, který diagnostikuje lékař, etiologie se považuje za významnou, ale ne vždy známou, chování postiženého subjektu je výrazem nemoci, léčení se spatřuje v běžných medicínských opatřeních a ošetřování, prognóza závisí na diagnóze. Náležitým zařízením pro duševně nemocné je zdravotnické (lůžkové) zařízení, které zajišťuje léčbu a péči prostřednictvím zdravotnických pracovníků. Pacientova práva a povinnosti

vyjadřuje role nemocného, jeho rodina má právo na informaci o stavu a musí spolupracovat, společnost má zajišťovat podmínky pro léčení a má nárok na ochranu před nebezpečnými pacienty. Cílem lékařského modelu je pacienta vyléčit nebo zabránit zhoršování jeho stavu. [Chromý:1984; 12] Tento model naprosto převládá v podmínkách dnešní péče o duševně nemocné v ČR.

**Morální model** souvisí také s minulostí, dobou, kdy v institucionální regulaci duševně nemocných v západoevropských internačních zařízeních převládá myšlenka zvířecí podstaty šílenců a možnosti pouze násilné, až brutální kontroly postižených jedinců. Náprava morálním modelem spočívá v odstranění chování pomocí pozitivních a negativních sankcí. Pinel, Tuke a další reformátoři prosadili názor o možnosti sebekontroly šílenců, dosahované pomocí pozitivních sankcí (laskavost, lidské zacházení, postupné rozšiřování svobody) i trestů (pokárání, omezení jídla, ledová voda), a to za podmínek paternalisticky organizovaného azylu s pracovním programem a neustálým upozorňováním na meze přijatelného chování a jejich případné porušování. S prvky tohoto behaviorálního modelu (jak je také nazýván) se lze setkat také ve většině současných zdravotnických zařízeních pro jedince s duševní poruchou. [Chromý:1984; 12-13] Přebírají spíše pozitivní sankce, ale zůstaly zachovány i některé středověké násilné praktiky, nebo byly nahrazeny jinými způsoby (chemická svěřací kazajka-otupělost a téměř nehybnost po dávce psychofarmak).

**Defektní model** chápe postiženého jako trvale narušenou osobu, přičemž původ handicapu nemá zvláštní význam. Chování je vykládáno jako přiměřené defektu. Speciální zařízení zajišťuje opatrování, práci a rehabilitaci pod vedením odborníků v rehabilitaci. Chovanci mají nárok na ochranu před zneužíváním a musí se snažit chovat co nejmorálněji. V posléze uvedené snaze musí být podporováni rodinou, která má nárok na realistické informace o defektu svého člena. Společnost se chrání před nebezpečími z defektu vyplývajícími a na druhé straně chrání narušené před zneužitím i pronásledováním. Cílem je tedy ochrana postižených a jejich rehabilitace k zajištění omezené funkce ve společnosti. Je zřejmé, že se defektní model aplikuje v současné psychiatrii u závažnějších stacionárních poruch s prognózou malé nebo žádné změny (oligofrenie, postprocesuální stavy, některé těžší psychopatie nebo neurózy). [Chromý:1984; 13]

**Psychoanalytický model** se shoduje dost s medicínským modelem, pokud jde o pacientův nárok na sympatie a posuzování chování nikoliv z hodnotících pozic. Diagnóza má podružný význam, protože porucha se chápe vždy jako jedinečná s důrazem na individuální etiologii. Chování subjektu musí být vykládáno symbolicky a náprava spočívá ve využití terapeutického vztahu. Prognóza je závislá na umístění v kontinuu emočních poruch (neuróza-psychoza), jednak na přání subjektu uzdravit se nebo ne. Je třeba instituce, která zajišťuje analýzu, a odděluje nemocného od rodiny, kde má jeho porucha původ. Terapeutem je psychoanalytik. Rodina nemá zasahovat do terapie a nepřipisují se jí žádná práva. Společnost se má dívat na zdánlivě nemorální chování pacientů jako na symptom duševní poruchy. Cílem je rozřešení nevědomých konfliktů. Unikátní je zde úvaha, že pacient není zodpovědný za své symptomy, ale že v otázce jejich kontroly rozhoduje též jeho motivace. Lze v podstatě říci, že každá psychoterapie, pokud není výlučně behaviorální, operuje se základními prvky psychoanalytického modelu, i když se s psychoanalýzou ve svém celku více či méně rozchází. [Chromý:1984; 13]

**Rodinný interakční model** vyjadřuje teoretické postoje odvozené z výzkumů komunikace v rodinách s duševně nemocným členem. Situaci popisuje jako víceméně rovnoměrně rozloženou poruchu komunikace v celé rodině, kde je jeden člen vybrán v rámci rodinné hry za pacienta. Cílem je vrátit zdraví celé rodině. Tento model se výrazněji promítá pouze do činnosti

vybraných psychiatrických pracovišť zaměřených na děti a mladistvé. [Chromý:1984; 13-14] Myslím si, že by neškodilo větší zapojení rodiny do procesu léčení i u starších pacientů. Ti většinou shodně uvádějí, že návštěvy byly pro ně jedním z nejlepších zážitků, ale zároveň, že je příbuzní někdy moc nenavštěvovali, nebo jen určití členové rodiny. [Ripová:2001;220] Přitom i v právech pacientů je možnost návštěv, pokud to stav nevyklučuje. Souvisí to zřejmě i s tím že se rodina stydí za to, že se její člen léčí a nechce by o tom někdo věděl, málokdo přizná že jde na návštěvu do léčebny a nebo že se léčil. Toto stigma, nálepka duševně nemocného u nás existuje pořád.

Poslední dva modely souvisí s psychiatrickými hnutími, která v 60. letech kritizovala dosavadní psychiatrii, s tzv. **antipsychiatrií**.

**Sociální model** líčí duševně nemocného jako produkt nemocné společnosti a řešení problematiky duševních poruch očekává od změny společenského řádu.

**Konspirační model** popírá existenci duševních chorob a nálepka „duševní choroba“ je prý výsledek spiknutí menšiny proti většině, jejíž příslušníci jsou vybíráni jako obětní beránci.

**Psychedelický model** vidí v duševní poruše pokus o sebezdokonalení, který může vyjít.. Tento model bývá aplikován v antipsychiatrických zařízeních k ošetřování duševně nemocných.

Jednotlivé modely různě strukturují očekávání vůči duševně nemocnému. Očekávání okolí, jak je známo ze sociální psychologie, zásadně ovlivňuje chování subjektu. [Chromý:1984;14]

Model medicínský zpomaluje vyhledávání pomoci, zvyšuje odmítání pacienta okolím a zvyšuje pacientovu závislost a pasivitu. Důvodem je představa nebezpečnosti, odvozená z nepředvídatelnosti. Zdá se ale, že perspektivní cestu znamená model psychosociální odkazující na zevní příčiny, sociální učení či reaktivní mechanismy duševních poruch. Platí tu menší odmítání, větší pohotovost vyhledávat pomoc, aktivní přístup pacientů k léčbě a ke změně vlastního chování, menší závislost na zdravotnické instituci. [Chromý:1984;28-32]

**Pozn.:** V textu používám označení duševně nemocný nejen pro osoby trpící psychózou nebo neurózou, ale i pro osoby mentálně postižené umístěné v ústavech sociální péče. O který z problémů se u pacienta jedná, je někdy těžké určit a navíc režimy v ústavech sociální péče a psychiatrické léčebně se podobají.



### Metodický přístup

Provedla jsem sekundární analýzu knih, výzkumů, časopisů a webových stránek zabývajících se touto tematikou. Od vlastního dotazníkového šetření jsem nakonec ustoupila, neboť jsem zjistila, že existuje dost pramenů vypovídajících o zkušenostech bývalých pacientů a i zaměstnanců těchto institucí. Také bylo poměrně obtížné přesvědčit některé zaměstnance nebo pacienty k rozhovoru. Proto jsem využila článků časopisu pro duševní zdraví Esprit a práce Mgr et Mgr Lucie Ripové. V těchto pramenech bylo dost rozhovorů s pacienty, případně zaměstnanci na relevantní téma. Autorka provedla devět kvalitativních hloubkových rozhovorů s duševně nemocnými pacienty a z jejich výpovědí učinila obsahovou analýzu, kterou shrnula do tabulky, viz. příloha č.2.

## Organizace péče o osoby s duševní poruchou

Nejprve se zmíním o klasickém institucionálním dělení psychiatrické péče v ČR. Cílem sítě je kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální. Základní rozdělení je na péči **INTRAMURÁLNÍ** čili péči institucionální poskytovanou na *psychiatrických klinikách* nebo v *psychiatrických léčebnách* a na péči **EXTRAMURÁLNÍ** poskytovanou mimo zdi institucí. Sem patří např. *denní centra* nebo *chráněné bydlení*. Pak je tu ještě **SEMIMURÁLNÍ** péče na pomezí, která zahrnuje *psychiatrické ambulance a krizová centra*.

Psychiatrická zařízení jsou zřizována jako samostatná pracoviště nebo jako součást vyššího zdravotnického zařízení. Existují též různé kombinace nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních podmínek a možností. Toto je dělení dle Koncepce psychiatrie z roku 2001.

V současné době stoupá poptávka po psychiatrických a sociálních službách zejména ve velkoměstských aglomeracích. Důvodem je vyšší výskyt závislosti na alkoholu a psychotropních látkách a vyšší koncentrace osob s chronickými duševními poruchami. Zařízení akutní psychiatrické péče musí mít bezprostředně dostupnou konziliární službu a laboratorní komplement. Psychiatrické pohotovostní služby musejí být ve větších aglomeracích. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 38]

### AMBULANTNÍ PÉČE

Její úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči o pacienta v ostatních zařízeních sítě péče o duševní zdraví v komunitě. Provádějí dispenzární péči u pacientů se závažnou duševní poruchou podle platných předpisů. Zajišťují péči o pacienty v ochranné léčbě. Součástí ambulance by měla být i návštěvní služba. Počet ambulančních vzrostl značně. V ambulancích pracují psychiatři, sexuologové, psychologové a sestry. V případě, kdy nedostačuje ambulantní léčba, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém zařízení.

Ambulantní zařízení můžeme rozdělit na

- ambulance veřejné psychiatrické péče
- ordinace pro alkoholismus a jiné toxikománie
- substituční centra
- psychiatrické ambulance pro děti a dorost
- ambulance psychiatrické sexuologie
- ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- ambulance gerontopsychiatrické
- ambulance pro léčbu poruch paměti
- ambulance klinického psychologa

[Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 38-39]

### Více se zmíním jen o Ambulancích veřejné psychiatrické péče

Zajišťují tzv. psychiatrickou péči ve veřejném zájmu. Mají v péči osoby, které jsou pro léčbu nedostatečně motivované, sociálně selhávající a v ochranné léčbě (psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Zřizují se pro děti, dorost a dospělé. Dalšími úkoly jsou vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče se provádí samostatně nebo v kterémkoli ambulantním psychiatrickém zařízení [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 39]

*Efektivita:* Pacienti z výzkumu Mgr. Ripové se vyjadřovali o ambulantní léčbě jako o průměrné, ani dobré ani špatné. Hodnocení **soukromých psychiatrů bylo pozitivnější** než hodnocení lékařů v léčbě jen proto, že jsou více v individuálním kontaktu s klienty, který však spočívá převážně v tom, že klientovi jednou za čas předepíší léky. V jejich případě klientům nejvíce chybí lidské slovo a porozumění.: "*Rozumného dialogu se nedočkávám, jen doporučení k užívání léků.*" [Ripová:2001; 232]

*Stigma:* Dobře to podle mě vystihuje myšlenka Chromého: Přijde-li někdo k lékaři, neznamená to jenom, že našel místo zasvěcené pomoci, mění se tím také jeho místo ve společnosti. Dochází i k autoritativní definici potíží. Definice může měnit život subjektu i lidí kolem něj více, než nemoc samotná. Šíře definice zasahuje do existence celé společnosti. [Chromý:1984;33]

Lidé se bojí přiznat, že chodí k psychiatrovi nebo berou antidepresiva či psychofarmaka. Ostatní by je pod vlivem této nálepky okamžitě začali brát jinak. I sami před sebou si museli přiznat, že mají problém, který nabyl určité závažnosti a musí se řešit.

## LŮŽKOVÁ PÉČE

Zdravotní péče v Odborných léčebných ústavech (sem patří i Psychiatrické léčebny) se hradí hodnotou bodu v KČ dle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR.

Lůžkový fond psychiatrické péče v resortu zdravotnictví v ČR disponuje podle statistických údajů z roku 2005 celkem **11400 lůžky, 88 % z nich je v psychiatrických léčebnách a 12% na psychiatrických odděleních nemocnic**. Tento poměr by se měl postupně měnit tak, aby byla **posílena akutní lůžka oproti lůžkům v oblasti následné péče**. Pro děti a dorost je vyčleněno 358 lůžek v samostatných zdravotnických zařízeních. V zařízeních pro dospělé je dalších 238 lůžek pro děti a dorost. Z celkového počtu lůžek je 1700 určeno pacientům na gerontopsychiatrii, 1217 pro léčbu pacientů závislých na alkoholu a psychotropních látkách a 140 lůžek pro léčbu sexuologickou.

**Lůžkovou péči v oboru psychiatrie můžeme rozdělit následujícím způsobem:**

Psychiatrická oddělení nemocnic

Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic

Psychiatrické léčebny

Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti (lůžka v nemocnici)

Sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí

Oddělení pro poruchy paměti

Lázeňská psychiatrická zařízení

[Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 41]

### Psychiatrická oddělení

Jsou obvykle součástí nemocnic, např. Nemocnice v Liberci, ale mohou existovat i samostatně. **Jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací duševní poruchy chronické.** Přijímají pacienty i k **nedobrovolné hospitalizaci.** Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování duševních poruch. Ostatním oddělením nemocnice poskytují konziliární službu. Psychiatrická oddělení musí mít zajištěnou konziliární službu, laboratorní a další pomocná vyšetření po dobu 24 hodin denně. Mohou zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá psychiatrická oddělení se specializují na dospělou populaci, jiné na děti a dorost, seniory nebo poruchy paměti. Na psychiatrických odděleních pracují lékaři-psychiatri a další lékaři, kliničtí psychologové, sestry, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, další odborní pracovníci. Psychiatrická lůžka pro pacienty v akutní fázi onemocnění mohou vznikat i při denních stacionářích nebo při krizových centrech. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 41]

### Psychiatrické kliniky

Speciálním typem jsou psychiatrická oddělení ve **fakultních nemocnicích.** Mají statut kliniky, např. psychiatrická klinika ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Poskytují **vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotnické služby, konziliární služby, pregraduální i postgraduální výuku studentům vysokých škol a zabývají se výzkumnou činností.** Slouží propojení klinické praxe oboru psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním. Psychiatrické kliniky bývají spojeny s lékařskými fakultami. Tato pracoviště také poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech. V 60. letech minulého století vznikl Výzkumný ústav psychiatrický (VÚPs), který byl po roce 1989 přejmenován na **Psychiatrické centrum Praha.** Zabývá se výzkumem v oblasti psychiatrické péče. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 42]

### Psychiatrické léčebny

Psychiatrické léčebny poskytují zejména dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s duševní poruchou všech věkových kategorií, tzn. jsou zaměřeny na dětskou i dospělou populaci. Zároveň plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionu, kde dosud nejsou zřízena psychiatrická oddělení, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. Berou pacienty k **dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci.** **Uskutečňuje se tu ústavní ochranné léčení podle stanovené rajonizace. Jsou tu hospitalizované osoby k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti.** Pro akutní psychiatrickou péči jsou vyčleněna zvláštní lůžka. Koncepce oboru psychiatrie z roku 2001 předpokládá, že akutní psychiatrickou péči převezmou od léčeben psychiatrická oddělení nemocnic. Psychiatrické léčebny přijímají převážně nemocné ze stanoveného spádového území. Poskytují **diferencovanou léčbu** prostřednictvím specializovaných oddělení -příjmová, doléčovací, rehabilitační, dětská, pro adolescenty, sexuologická, gerontopsychiatrická, somatická, pro léčbu závislostí, psychoterapeutická, ochranné léčení. Je zajištěna i péče odborníků z jiných medicínských oborů. V psychiatrických léčebnách jsou taky hospitalizováni

osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně posudkové účely na základě nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů. V ČR existují také psychiatrické léčebny specializované na duševní poruchy u dětí a mladistvých, na osoby se závislostí na návykových látkách. Některé psychiatrické léčebny v ČR: Bohnice, Dobřany, Havlíčkův Brod, Brno-Černovice, Kroměříž, Kosmonosy. Psychiatrické léčebny zaměřené na děti a dorost: např. V Opařanech, na léčbu závislostí např. v Bílé vodě. Většina léčeben byla projektována na konci 19. a začátku 20. st. a umístěna v blízkosti měst (Praha, Plzeň, Kroměříž). Léčebny tvoří seskupení budov-pavilónů ve velké zahradě. **Současný fond psychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách by se do budoucna neměl zvyšovat.** Snižování nebo restrukturalizace lůžek musejí být podmíněny plánovitým rozvojem ambulantní a intermediární sítě (komunitní péče) a psychiatrických oddělení nemocnic pro léčbu akutních stavů v souladu s potřebami jednotlivých regionů. Zmenšování lůžkového fondu v psychiatrických léčebnách bez dalších opatření by mohou vést k těžko napravitelným škodám a ke zhoršení zdravotní péče, jak dokládají zkušenosti z USA nebo Holandska. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 42-43]

*Efektivita a negativa:* Na základě výzkumu Mgr. Ripové lze vysledovat, že kromě jediného klienta, který byl spokojen, vyjadřovali klienti **kritiku vůči stávajícím velkým psychiatrickým zařízením.** Jako **nejlepší zážitek** paradoxně uváděli **vycházky, kontakty s jinými pacienty či návštěvy blízkých.** Z toho plyne, že návštěvy jsou pro nemocné mimořádně důležité, a že jim pomáhají lépe snášet izolaci od vnějšího světa. Shodně uváděli jako **nejhorší z celého pobytu uzavřenost prostředí, omezenost vycházek a různé donucovací praktiky personálu.** Poukazovali rovněž na to, že byli **nedostatečně informováni o tom, jaké léky užívají a jaké vedlejší účinky tyto léky mají.**

Vyslovovali potřebu většího kontaktu s lékaři. Shodně udávali, že ani lékař ani personál nemá čas (zájem?) s pacienty hovořit, chybí jim tolerance. Až na jedinou výjimku **neměli klienti příležitost v léčebně hovořit s psychologem.** Většina klientů také poukazovala na **nedostatek denního programu a terapie. Nemocný je tam zbaven svých práv a je bezmocný vůči chování personálu.** [Ripová:2001; 232]

Pacienti si dále stěžovali na degradaci vlastní osoby a nepříjemné a silné vedlejší účinky léků, které jsou jako chemická svěrací kazajka, po níž člověk nadměrně sliní, má potíže s dýcháním a někdy způsobují i agresivní chování spíše než samotná nemoc. Efektivita léčení je často dost sporná, dochází k neustálým návratům zpět do léčebny. [Ripová:2001; 220]

Za pozitivní akci psychiatrických léčeben naopak já sama počítám festival Mezi ploty, který se každoročně koncem května koná v PL Bohnice v Praze ve stejnou dobu i v psychiatrické léčebně v Brně v Černovicích a v sanatoriu v Plzni v Dobřanech a pro duševně nemocné slouží jako svátek, ať už jej sledují z okna léčebny nebo se jej přímo účastní. Dochází tak tolik potřebnému propojení světa duševně nemocných se světem zdravých, „normálních“ lidí, padají bariéry a mizí pocit stigmatu a sociální exkluze. Podle mého názoru jde o zcela unikátní projekt, pacienti se mohou buď přímo festivalu účastnit, nebo vše pozorují z oken léčebny a svět nemocných a zdravých se tím propojuje, dochází k dialogu.

### Festival Mezi ploty

Je pořádán každoročně koncem května v zahradě bohnické psychiatrické léčebny. Na festivalu se podílí i Česká asociace pro psychické zdraví (ČAPZ). Součástí programu bývá muzikoterapie, arteterapie a psychodrama. Prostředky umění se využívají k diagnostice a léčbě psychického onemocnění. Hraje se, zpívá, maluje, recituje. U **arteterapie** jde o prostředky výtvarné, pracuje se

s vnímáním barev, tvarů a technik. V **muzikoterapii** hraje významnou roli vyjádření vnitřních prožitků jedince, takto se dotýčný učí i odreagovávat. V **psychodramatu** se k přehrávání různých reálných i imaginárních situací užívá všech prostředků komunikace, včetně pohybů a doteků. Díky tomu může člověk objevit důsledky patologického vzorce svého chování. Přichází se sami jsou aktéry a spolutvárci programu. [Esprit 2005, č.7-8, s.15]

### Pohled z druhé strany: názor zaměstnance psychiatrické léčebny na problémy a možná řešení

Následující myšlenky vyjadřují zkušenosti muže z práce v psychiatrické léčebně v Kosmonosech, kde kdysi začínal jako nižší pomocný personál a pracoviště opouštěl jako vrchní sestra, resp. ošetřovatel. Nyní pracuje ve Fokusu v Mladé Boleslavi.

Hlavní poznatky, k nimž došel je, že začal považovat za velmi důležité, co nemocným říká, začal brát velký zřetel na psychiku. Zdůrazňuje potřebu domluvit se s pacientem předem na jeho potřebách a všechny léčebné postupy a účinky terapií a léků jim vysvětlit, snažit se jim naslouchat.

Za další problém považuje riziko syndromu vyhoření, který se v této obtížné a frustrující práci často vyskytuje a poukazuje na to, že příčinou mnohých agresí je nesprávná komunikace. Každý člověk má určitou míru, po kterou je schopen tolerovat pracovní zátěž. Po nepřijemných zážitcích údajně pomáhá zaměstnancům situaci s někým rozebrat. Zdravotní sestry se naučí píchat injekce, sondovat, cévkovat, ale málo se cvičí v tom, jak s pacientem promluvit, proč a jak mu vysvětlit ony výkony, jak hovořit o strachu z vyšetření a jeho výsledků, jak psychicky povzbudit atd.

Důležité je podle něj začít se změnou chování a hledáním problému u sebe, a pak se výsledek v podobě chování klienta musí dostavit. Přiznat si vlastní antipatie vůči nějakému klientovi nebo nedostatek trpělivosti např. může být těžké, proto je dobré když na ně zaměstnance upozorní někdo jiný, pacienti nebo kolegové

Autor navrhuje setkání klientů a personálu léčeben, setkání lidí, kteří by se vyznali z toho, co si to navzájem provedli, v čem a kde se jejich dobré úmysly minuly. Myslí, že podobná setkání by přispěla k lepšímu klimatu v mnoha oborech. Velkým přínosem jsou v ošetřovatelských kolektivech tzv. **supervizní sezení a bálintovské skupiny**.

Tomáš Adam doufá, že se snad se jednou ve větší míře ustanoví různá hnutí pacientů, uživatelů, a to vidíme například u psychiatrických pacientů, kteří svoji touhu po dialogu se společností vyjadřují i vydáváním časopisů, zakládáním svépomocných klubů. Pracoviště Fokusu a jejich chráněné dílny jsou místem, kde se dnes setkává řada bývalých pacientů spolu s bývalými zaměstnanci různých psychiatrických zařízení. Prostředí je zde mnohem otevřenější, méně konfliktní a tak někdy dojde i na vysvětlení starých křivd. A to je nezbytná katarze prospěšná všem zúčastněným

**Tomáš Adam, sdružení pro péči o duševně nemocné FOKUS Mladá Boleslav.**

[Esprit 2000, č.5-6, s.2-3]

Pacientka D. si zase stěžovala především na neefektivnost celé léčby, kdy se zdálo, že se pořádně neví co se dělá a pro jaký účel, přitom v léčebně pobývala zbytečně dlouho. Zcela chyběl podle ní individuální přístup, lékař se viděl s pacientem jen malou chvíličku na vizitě a psychiatrická léčebna z jejího pohledu poskytla jen základní potřeby, léky, jídlo, příslušné hygienické

zázemí. Chyběl také program, pacienti se museli zabavit každý po svém v „terapijní místnosti“, celý den se nic nedělo. Pacienti podle ní neměli žádná práva a pobyt v léčebně se jevil jako trest, jako když je trestanec ve vězení. Tím se zračila jediná motivace-vyléčit se, aby sem člověk už nikdy nemusel. [Esprit 2000, č.8-9, s.10]

Zdá se tedy, že na úkor psychoterapeutického nebo rodinného interakčního modelu stále převládá v těchto institucích model lékařský, morální a defektní, kdy se s pacientem moc nekomunikuje, nic se mu nevysvětluje a pouze se mu podávají léky, příp.když nastane problém řeší se omezovacími technikami a že příčinou mnoha problémů je často nevhodný výběr personálu.

To, že pacienti nemají celý den co dělat a deprimuje je to, neboť právě oni potřebují velmi řád denní a zaměstnat se něčím, nebo že nemají žádná práva považují za dost velký problém. Na individuální přístup nicméně už více dbají doléčovací a denní sanatoria, která vymýšlejí i více programu pro pacienty. Bohužel nejsou obvykle vybavena na zvládnání akutních stavů, ale zabezpečují spíše doléčování. Často chybí pro taková zařízení personál, peníze a vhodné prostory. Pacienti za svou nemoc nemohou, neprovedli nic a tak by neměli být trestáni za svou nemoc. Ze zkušeností zaměstnance i pacienta ze potvrdit, že prvky totální instituce (viz.s.5) léčebny splňují.

### Kauza klecová a síťová lůžka

Problém je nyní značně diskutován. O jeho medializaci se zasloužila i britská autorka knih o Harrym Potterovi J.K.Rowling, která kolem nich udělala pompézní kampaň „proti mučení pacientů v psychiatrických léčebnách“. V jejím důsledku, za působení ministra Kubinyiho došlo k masovému rušení klecových a síťových lůžek. Nedávno zemřela v bohnické psychiatrické léčebně po pozření svých výkalů pacientka, která byla právě v síťovém lůžku. Ty stále existují, zatímco klecové už vymizely. Ředitel léčebny Ivan David tvrdí, že k žádnému pochybení nedošlo, že personál zahájil resuscitaci okamžitě a že napříště nebude takovéto pacienty přijímat, a je nutné, aby se o ně postaraly rodiny samy nebo vyhledaly jinou pomoc. Případ se musí ještě důkladně prošetřit, nicméně přispěl k další medializaci celého problému.

**Společnost Kolumbus**, která pomáhá lidem s psychickými problémy, na základě tohoto případu vypracovává žalobu, která by měla vést k zákazu používání síťových lůžek. Případ paní Musilové má ukázat nejen na konkrétní selhání, ale i na chybu celého systému.

*"Chceme prokázat, že péče v psychiatrických léčebnách je nehumánní a není v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně," říká paní Rybová. "Může také docházet k páchání trestných činů a omezování osobní svobody." Podle sdružení Kolumbus je důležité, aby se zahájila reforma psychiatrické péče. "V současné době nemají psychiatři pacienti skoro žádnou jinou alternativu než léčbu," upozorňuje Rybová. "Je nutné, aby ministerstvo začalo realizovat reformu a lidé se měli možnost léčit v komunitě způsobem, který bude odpovídat evropským Standardům péče o duševně nemocné."*

[[http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=135761&tro2\\_2\\_0](http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=135761&tro2_2_0)] aktualizace 26.4.2006 18:16

Ministerstvo práce a sociálních věcí v pondělí potvrdilo, že **od příštího roku bude platit zákaz používání klecových a síťových lůžek v zařízeních ústavní péče**. Vyplývá to z výkladu zákona o sociálních službách, který podobná lůžka nezahrnuje mezi povolené omezující prostředky. Některé zástupce ústavů výklad překvapil. Zákon považuje za **povolené omezující prostředky pouze léky, speciální chvaty či samostatné pokoje, a to ještě výhradně v nevyhnutelných případech a na omezenou dobu**. Klecová a síťová lůžka naopak ústavy od 1. ledna 2007 nebudou smět používat vůbec.

**Zrušení síťových a klecových lůžek si podle něj zřejmě vyžádá vyšší finanční nároky a více personálu**. Podle Dvorského je také dost možné, že o striktním zákazu omezujících lůžek v některých ústavech ještě nevědí.

Používání síťových a klecových lůžek v České republice kritizovala řada nevládních organizací. Česko je podle Střediska pro práva lidí s mentálním postižením (MDAC - Mental Disability Advocacy Center) jedinou Evropskou zemí, kde se lidé do klecových lůžek ústavech sociální péče stále zavírají. V roce 2004 bylo v ČR celkem **654 lůžek se sítí či mříží**, od té doby se ale jejich počet výrazně snížil.

[<http://www.novinky.cz/domaci/85402-ministerstvo-od-pristiho-roku-zakaze-klecova-luzka.html>] aktualizace 15.5.2006 15:52

Síťová lůžka ale pole odborníků splňují svůj účel, a kdyby byly plošně rušeny, nezbylo by psychiatrům než uplatnit jiné, často dramatičtější způsoby zklidnění. Lůžka se používají pro zklidnění pacientů, ne za trest, ale aby neublížili sobě nebo jiným. Není dost personálu, aby u každého pacienta neustále mohl stát jeden dozorce. V ústavech a léčebnách, kde se do síťových lůžek dočasně umísťují nezvladatelné osoby s nízkou mentální úrovní nebo záchvaty zuřivosti, se o každém takovém kroku vede přesný záznam. Pobyť v tomto lůžku může povolit jen lékař. Jistě, možnost zneužití je jiná věc. To je ovšem otázka lidského faktoru. Člověk, který nevidí pacienty na vlastní oči, si nedokáže představit jak nevyzpytatelné a nebezpečné jejich chování může být. Po vlídném úsměvu může přijít hysterický záchvat a nekontrolovaná agrese. Jiné řešení zatím ani není, nejsou finance na zvýšení počtu personálu (mladí silní muži kteří by zde byli potřeba se sem ani nehrnou) a není prostor pro jiné metody, místo, aby měl každý uzavřenou místnost-samotku, když je to potřeba. Mnozí pacienti se v síťových lůžkách navíc chovají klidně a vstupují do nich dobrovolně. dokonce když se rušila síťová lůžka, chtěli je dokoupit lidi, kteří se doma starají o duševně postižené. Z toho vyplývá, že nějaký význam tyto asi mají. Jiné metody zlidnění často nepomáhají, verbální zklidnění často nestačí, léky také ne a jejich zvyšování má nebezpečné vedlejší účinky, lobotomie a leukotomie se dnes už nedělají, svěrací kazajky téměř nejsou, kurtování k posteli je ještě brutálnější (nemohou se ani vysmrkat) a na uzavřené místnosti chybí prostory. Největší bolestí českého zdravotnictví je nedostatek peněz, v Anglii stát např. dává na zdravotnictví mnohem více. Pak chybí ti lidé, kteří by stáli u každého nemocného, i v noci nebo kamery. Zatím tedy, zdá se, lepší řešení není. [Instinkt 2006, č. 19/V, s. 20-23]

### Oborová výzkumná zařízení

Hlavní náplní těchto pracovišť je výzkum v oboru psychiatrie a příbuzných oborech. Zástupci jsou např. např. **Psychiatrické centrum Praha**. Disponují obvykle lůžkovou a ambulantní kapacitou, i když omezenou. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 43]



## INTERMEDIÁRNÍ PÉČE

Komunitní přístup k duševnímu zdraví prosazuje individualizovanou péči při respektování individuálních potřeb osob, které tuto péči konzumují. Umožňuje život v přirozeném prostředí klienta. Minimalizuje jejich hospitalizace mimo komunitu. Komunitní péče vyžaduje propojenost různých služeb a jejich návaznost, včetně propojení služeb s obyvateli dané oblasti, komunity. Komunitní služby poskytuje přibližně dvacet organizací se statutem nestátních neziskových zařízení, jsou rozmístěna po celé České republice.

Typ intermediární péče o duševní zdraví začal vznikat v 80. letech minulého století. Zahrnuje **krizová centra, denní stacionáře, centra denních aktivit, chráněné bydlení, chráněné dílny a programy chráněné práce, case management.** [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 44]

V České republice počet těchto center stále narůstá, ačkoliv zde ještě nemají tak dlouhou tradici. Uplatňují psychoanalytický model péče o duševně nemocné, příp. rodinný interakční model. Nechybí jim individualizace a s pacientem jednájí jako s rovnocenným a plnohodnotným klientem.

*Efektivita:* Z výzkumu Mgr. Ripové vyplývá, že o komunitním typu léčby (hlavně o **denních sanatoriích**) se klienti vyjadřovali pouze kladně (**nejlepší zkušenost**), podle nich splňují všechny jejich požadavky: **přátelská atmosféra, široká nabídka aktivit včetně psychoterapie, partnerský přístup ze strany lékařů a terapeutů, individuální přístup a péči, pomoc při řešení sociálních problémů. Pro některé klienty bylo "setkání" s komunitně orientovaným zařízením "průlomem" v jejich životě a začátkem cesty do normálního života: "Přerušila se spirála navracení do léčebny."** [Ripová:2001; 232]

### Krizová centra

Jsou zařízeními prvního kontaktu, která jsou pro klienty volně přístupná bez objednacích termínů často i 24 hodin denně. **Nabízejí psychoterapeutickou, psychiatrickou péči, zaměřují se na prevenci a léčbu závislostí a pomoc osobám, které se ocitly v tíživé životní situaci.** Součástí krizových center může být **lůžková část**, která slouží ke krátkodobé hospitalizaci (např. 5 dnů), **linka důvěry** umožňující telefonický kontakt nepřetržitě 24 hodin denně a část určená pro konzultace s lidmi, kteří přicházejí osobně. Mohou poskytovat i další služby, např. **krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvní služba v domácnosti klienta.** Specializují se buď na děti a dorost nebo na dospělé. Pracují v nich lékaři-psychiatři, sestry, psychologové, sociální pracovníci i osoby s jinou profesí. Krizová centra existují od roku 1989, první bylo otevřeno při psychiatrické léčebně v Brně. Poté v Bohnicích a v roce 1991 **RIAPS (Regionální institut psychosociálních služeb)** také v Praze a další. Formálně nejde o lůžka nemocniční. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 44]

### Telefonická pomoc

Telefonická pomoc má v České republice tradici sahající do roku 1964. Slouží lidem v náročných životních situacích, které ohrožují jejich duševní zdraví. **V České republice existují telefonické linky pomoci, linky důvěry, které zajišťují profesionální pracovníci (lékaři, psychologové, sestry, sociální pracovníci) nebo dobrovolníci.** Zřizovateli jsou státní instituce (zdravotnické organizace, sociální a školské instituce) i neziskový sektor (církve, nadace, občanské sdružení). Některým klientům tato forma vyhovuje, protože jsou v anonymitě. Vyžaduje to ale také kus odvahy zavolat a říct, co je trápí. Telefonická pomoc je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně nebo v jiné časové frekvenci. Některé linky důvěry jsou specializovány na dospělou populaci, jiné na děti, adolescenty a na určitou specifickou problematiku. Pracovníci linek důvěry se sdružují v **České asociaci pracovníků linek důvěry (ČAPLD)**. Tato organizace sdružuje linky důvěry, podporuje jejich odborný rozvoj, metodickou činností chrání profesionalitu jejich zařízení a chrání pracovníky i klienty.

[Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 44]

### On-line pomoc

Rozvíjí se také nová služba pomocí internetového poradenství. E-mailové linky důvěry (e-linky) pracují na podobném principu jako telefonické linky důvěry. Kontakt s odborníky není telefonický, ale probíhá formou chatu. Klienti používají pro vstup přezdívku a heslo. Pod stejnou přezdívku a heslem si pak mohou přečíst záznam rozhovoru.

[Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 44]

Podle mého názoru je to o něco snazší pro klienty komunikovat prostřednictvím chatu, spousta lidí nerada telefonuje. Předpokladem je, že počítač a internet ovládají a mají na ně přístup. Každopádně i telefonická pomoc prostřednictvím linek důvěry je v ČR hodně známá a rozšířená.

### Centra denních aktivit, denní stacionáře (sanatoria)

Centra a stacionáře (např. **Denní sanatorium Střítež**) poskytují **léčebnou a rehabilitační péči nemocným a celodenní programy**, které jsou zaměřeny na nácvik každodenních praktických i pracovních dovedností, podporu sociálního zázemí klientů. Centra podporují aktivní zapojení klientů do programu denních aktivit. Cílem pobytu klientů v denních stacionářích (sanatoriích) je **mj. zamezit nebo zkrátit hospitalizaci v lůžkových psychiatrických zařízeních**. Programy center denních aktivit a stacionářů se využívají jako příprava na zařazení do programů chráněného bydlení a chráněné práce. Slouží také jako rehabilitační programy pro pacienty k usnadnění přechodu z hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení do běžného života. Centra a stacionáře nabízejí sociální i právní pomoc. Existují samostatně, jsou součástí jiného zdravotnického zařízení, psychiatrické ambulance, lůžkového oddělení, psychiatrické léčebny, nebo jsou kombinována se zařízením krizové intervence či ambulancí klinického psychologa. Ve větších městech poskytují denní stacionáře specializované programy pro vymezené skupiny duševně nemocných osob (chronické fáze duševní poruchy, závislost na návykových látkách, děti, dorost, gerontopsychiatrie, poruchy příjmu potravy). [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 45]

Při **Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov** vznikl např.před nedávnem projekt, který se zaměřil na děti rodičů, kteří trpí psychotickými poruchami.Jedním z důvodů byla i skutečnost, že vysoké procento žen léčících se s diagnózou schizofrenie se stává matkami.[Esprit 2005, č.12, s.11]

Mezi denní stacionáře nejrozšířenější v Česku patří ty pod hlavičkou Fokusu.První Fokus vznikl v Praze, následně v Ústí nad Labem, Mladé Boleslavi, Havlíčkově Brodě a Pelhřimově.Např.v Liberci, odkud pocházím, byl založen **Fokus Myklub Liberec** (sdružení pro péči o duševně nemocné) na půdě svépomocného Myklubu, pracujícího už od roku 1990.V Liberci provozuje chráněné dílny a pracoviště (chráněná rukodělná dílna a bazální dílna, mobilní tým), sociální rehabilitace (sociální asistence, rehabilitační pobyty), zájmová činnost, kulturní a sportovní aktivity, podpora a propagace umělecké tvorby, podpora svépomocných aktivit. Nespornou výhodou těchto sanatorií je také nabídka různých skupinek, programu terapií, které pacientům pomáhají nenásilnou formou a zabaví je.

### **zážitky pacientky V., která se léčila v bohnické psychiatrické léčebně a sanatoriu Fokus**

... "Pomohlo mi až doléčovací sanatorium Fokus, nepovažovali mě za stádní kus, ale jednali se mnou jako s člověkem, byl zde výjimečný lékař, pacient rovnalo se klient, už jen to dodá sebevědomí, docházela jsem na denní program:arteterapie, skupiny, nácvik asertivního jednání, cvičení, pracovní terapie, individuální povídání, výstavy, jak se o sebe postarat, jak jednat s lidmi, objevili jádro mého životního konfliktu, po tříměsíční intenzivní léčbě následovala ještě tzv.docházková skupina, léky pořád musím brát, a stýkám se s terapeutkou, ale v jednom mám jasno:zpátky do Bohnic už nikdy nechci."

[Ripová:2001; 220]

### **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení má za cíl **resocializovat zejména dlouhodobě léčené pacienty a připravit je pro soběstačný a samostatný život**.Některá chráněná komunitní bydlení umožňují dlouhodobý pobyt mimo lůžkové psychiatrické zařízení v komunitě podobně postižených lidí.Pacienti jsou do chráněného bydlení vybíráni podle předem daných kritérií a je s nimi dohodnut terapeutický plán.Chráněné bydlení se rozděluje do několika typů, s intenzivním dohledem a s méně intenzivním dohledem terapeutů.Klienti žijí v bytových jednotkách sami, nebo je v každém bytě několik klientů (2-3).Mají možnost se v případě potřeby obrátit na určené profesionály (sestry,sociální pracovníky), kteří jsou jim k dispozici. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 46]

### **Nová alternativa představená v ústavu pro mentálně postižené v Horní Poustevně**

Milan Cháb, dlouholetý ředitel ústavu sociální péče pro mentálně postižené v Horní Poustevně na Děčínsku se před patnácti lety rozhodl **situaci změnit a v praxi dokázat, že všichni klienti jsou schopni s jistou mírou pomoci žít běžným životem, a že na to mají právo**. Cháb pomáhal klientům získat zpět způsobilost k právním úkonům – „svéprávnost“ – a podle jejich přání měnit svůj vlastní život. Založil školu, chráněné dílny, kozí farmu. Každý z klientů začal chodit do školy nebo do práce. Postupně opouštěli společné ložnice s klecovými lůžky, pravidelnou stravou a nepřetržitým dohledem. Stěhovali se do bytů v přestavěném ústavu i v okolních vesnicích. „*Všech sto deset našich klientů už bydlí jinde, včetně šestnácti*

*nepohyblivých. Poskytujeme jim jen takové služby, které potřebují a chtějí, někomu dvacet hodin denně, jinému pár hodin měsíčně. Jedenáct klientů už z ústavu odešlo úplně.“* Mimo ústav žijí dnes i ti, kteří byli léta předtím zavírání do klecí, i klienti, kteří nemluví. Individuálním přístupem lze zvládat i agresivitu klientů. *„Je to dané malým počtem klientů, které má sociální pracovník na starosti. V pětičlenné domácnosti každého klienta detailně zná, na každého má dost času.“*

Pracovnice, která mladým pánům (4 klienti s Downovým syndromem) pomáhá vést domácnost, říká: *„Potom, co se přestěhovali do bytu, jsem s nimi byla půl roku čtyřicet dvacet hodin denně. Museli jsme společně vymyslet pravidla, která je třeba dodržovat. Po zkušenostech vím, že třeba žehlit mohou pouze, když tu jsem. Teď už sem chodím jen odpoledne, a kdybych nepřišla vůbec, nic se nestane.“*

Sousedí jsou „normální lidé“: *„Bydlíme s nimi na patře a jsou úplně v pohodě, manželka k nim občas zajde na kafe, zpočátku byli vyjukaní, ale teď už se chovají suverénně.“* Byt v novém činžáku, ve kterém kluci bydlí, si ústav pronajímá od města za tržní nájemné. I s platem asistentky a ostatními náklady nestojí jejich život venku ani polovinu toho, co stál, když byli v ústavu. Podle Štandery lze rozpustit každý ústav a vrátit všem lidem svobodu, která jim byla odebrána jenom proto, že se liší od většiny z nás. *„Jediné, co je k tomu potřeba, je dobrá vůle. Nic víc,“* říká. *„To je to jediné, my nedostáváme víc peněz, nemáme víc zaměstnanců. Každý ústav může své klienty vrátit zpátky do života. Jen se pro to musí rozhodnout.“*

[<http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=121643>] aktualizace 11.4.2006 00:00

Jak ukazuje řešení ústavu pro mentálně postižené v Horní Poustevně, řešení je možné, i když ústav neoplývá extra příjmy navíc. Podařilo se integrovat a zlepšit životní podmínky klientů, jak těch, co vyžadují péči a dohled 20 hodin denně, tak těch, co už úplně odešli nebo jsou téměř úplně samostatní. A o to tady jde. Podobné řešení (bydlení klientů ve skupinkách v malých rodinných domcích) zvolil např. i ústav sociální péče ve Slatiňanech.

### **Chráněné dílny, programy chráněného zaměstnání**

Tyto programy si kladou za cíl **udržet, zlepšit či obnovit pracovní dovednosti a sociální vazby spojené s prací.** Zapojením do pracovního procesu lze dosáhnout u klientů zvýšené sebedůvěry, výkonnosti i zlepšení zdravotního stavu. V České republice existuje několik typů těchto služeb.

Podporované zaměstnání vzniká v úzké spolupráci se zaměstnavatelem. Tato spolupráce dovoluje nalézt vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách. Na tato místa jsou zařazovány osoby s duševní poruchou na časově neomezenou dobu. Sociální pracovníci nebo pracovní terapeuti jim poskytují podle potřeby podporu. V přechodném zaměstnávání jsou klienti zařazováni na časově omezenou dobu na vybraná místa v běžných pracovních podmínkách. I těmto klientům jsou k dispozici sociální pracovníci nebo pracovní terapeuti. Při selhání nebo zhoršení duševní poruchy je klient nahrazen jiným klientem nebo dočasně i pracovním terapeutem. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 46]

### Spřátelené kavárny

Na jaře roku 1997 otevřelo o.s. Green doors v Centrálním parku na Pankráci Café na půl cesty, která až do současnosti funguje jako místo pracovní a sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním. Po roce fungování začali kavárnu opouštět první klienti a společně s terapeuty hledali možnosti dalšího pracovního uplatnění. Někteří klienti si oblíbili barmanskou práci a chtěli v ní pokračovat i nadále, někteří plánovali zaměstnání v jiných profesích. Bylo třeba najít nějaký **mezistupeň, aby klient mohl jít „na zkušenou“ do běžného zaměstnání, ale přece jen si nechat zadní vrátka-vyzkoušet si jaké to v „normální“ práci bude, ale jen tak nanečisto, aby se mohl vrátit, případně požádat o podporu, kdyby nastal problém.** Postupně začaly vznikat spřátelené kavárny. Spolupráce vzniká většinou na základě osobního kontaktu. Vybírají se milí kavárníci, sympatické a příjemné kavárny. **Důležité bylo, aby klienti přišli do příjemného a přátelského prostředí.** Nyní je spřátelených kaváren v Praze celkem šest: Klub u Vojáka, Marathon, dvě Dobré trafiky-na Újezdě a v Korunní, Kolíbka, kavárny Na kus řeč v ulici Na Dolinách a v Bezručových sadech a břevnovský Kaštan. Terapeuti o.s. Green doors domluví přechod klienta do spřátelené kavárny, podmínky jeho práce a způsob podpory pro klienta i kavárníky. Klient nadále zůstává zaměstnancem o.s. Green doors, které mu také přispívá na plat. Po tuto dobu jsou pracovníci o.s. Green doors v kontaktu jak s klientem, tak s provozovateli kaváren. Po zkušební době se spolupráce společně vyhodnocuje a uzavírá. Někteří zůstanou, jiní co se osvědčí a jdou dále a někteří pochopí, že potřebují ještě další trénink. [Esprit 2005, č.1, s.10]

### Rehabilitační a chráněné dílny

Rehabilitační a chráněné dílny jsou pracoviště pro 5-15 osob. Mají **výrobní program vhodný pro klienty s duševní poruchou.**

**Pracovní doba je zkrácená a prostředí nevyvíjí vysoký tlak na pracovní výkon.** Je vyžadována přátelská atmosféra. Profesionální terapeuti vykonávají pravidelnou supervizi. Sociální firmy a sociální družstva jsou samostatné provozy, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provozy jsou podporovány státními institucemi, sponzory a jsou zapojeny do běžného tržního prostředí. Poskytují různé služby. Setrvání handicapovaných osob na pracovním místě není časově omezeno. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 46]

Např. Fokus Myklub Liberec provozuje **mobilní tým**, provádějící zahradní a parkové úpravy, pomocné práce ve stavebnictví, jednodušší údržby (malování bytů, oprava plotů, laviček, renovace nábytku), výkopy, svářečské práce, truhlářské a manipulační práce. Dalšími projekty jsou především různé keramické práce, tvorba upomínkových předmětů a vůbec práce pro lidi zručné v drobných pracích. [Esprit 2000, č.5, s.7]

### Case management-model komunitní péče

**Dlouhodobě duševně nemocní potřebují v rámci komplexní dlouhodobé péče vhodně kombinovat několik služeb.** Koordinátorem-case manažerem-je profesionál, který společně s klientem a dalšími odborníky vytvářejí léčebně rehabilitační plán péče. Důležitý je kontakt case managera s klientem. Dochází za ním domů, zná dobře jeho potřeby a dokáže včas rozpoznat známky hrozícího vzplanutí duševní poruchy a umí včas zorganizovat efektivní pomoc. Mimoústavní péče pomáhá pacientům v jejich původním prostředí. Zachovává pacientovy sociální kontakty s rodinným i pracovním prostředím a má také efekt ekonomický. Denní

stacionáře a chráněné dílny odstraňují sociální izolaci a umožňují postupné zařazování pacientů do pracovního procesu. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 47]

### Domácí péče a domácí léčba

Domácí péče je určena osobám s duševní poruchou, které potřebují pomoc a podporu, zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči v jejich domácím prostředí. Prostřednictvím této péče lze poskytovat **farmakoterapii, ošetrovatelskou péči, podpůrnou psychoterapii, pracovat s rodinou** apod. Domácí péče může být vykonávána v rámci agentur domácí péče. Domácí péči ordinuje praktický lékař. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 47]

### DOBRODUŠ aneb dobrovolníci v komunitní péči

U nás je zřizovatelem tohoto projektu *Diakonie České církve evangelické*.

Na západ do našich hranic je dobrovolnická péče naprosto běžnou službou, kterou společnost nabízí lidem s handicapem. Např. v Holandsku funguje na 15 "přátelských servisů", které nabízejí psychiatrickým klientům asistenci dobrovolných spolupracovníků. V anglosaských zemích fungují podobné služby obvykle v rámci programu tzv. občanské advokacie (Citizen advocacy). **Jedná se o dobrovolnickou výpomoc na principu "jeden na jednoho"**. Spočívá v tom, že zastřešující organizace sdružuje dobrovolníky, kteří pak vytvářejí dvojice s uživateli této služby a věnují pár hodin týdně společné činnosti.

Někdy jde o "pouhý" sociální kontakt s určitou kvalitou a kontinuitou, jindy chuť popovídat si nebo být pochválen či oceněn za nějaký drobný úspěch. Může jít o laické poradenství v běžných záležitostech jako je náplň volného času nebo návštěva kulturního zařízení. Primárním cílem projektu je zlepšit kvalitu života duševně nemocných lidí, tj. V rámci jejich možností minimalizovat jejich sociální vyloučenost, rozšířit jejich vztahovou síť nutnou pro další podporu a integraci, pomoci jim smysluplně naplnit volný čas, zapojit je do konstruktivního a aktivního plánování svého času apod. **Dobroduš je výjimečný v tom, že není odbornou službou, ale je založen na pomoci od člověka k člověku.** Pomůže klientům přetnout bludný kruh a pomáhá jim rozvinout schopnost komunikovat s okolním světem, nacházet a naplňovat své životní cíle. Koordinátor dle rozhovoru s klientem vybere vhodného dobrovolníka, první schůzku zorganizuje a další jsou již v režii dvojice. Schůzky pak probíhají přibližně jednou týdně a měly by trvat asi 2-3 hod. Náplň setkání klienta a dobrovolníka vychází hlavně ze zakázky klienta, popř. po dohodě s ním. Pomoc zahrnuje např. pomoc při vyřizování agendy, doprovod na úřady, pomoc v běžných situacích, volnočasové aktivity, pomoc se strukturováním času klienta, návštěvy hospitalizovaných klientů, korespondence v případě že návštěvy nejsou nutné, zapojení do klubových a jiných aktivit komunitních center, zapojení více dvojic do skupinek a společné aktivity. Koordinátor zůstává po celou dobu setkávání s dvojicí v kontaktu. Účastní se také jednou měsíčně skupinové supervize dobrovolníků. Dobrovolník vyplňuje a odevzdává stručné záznamy ze schůzek s klientem. Dobrovolník je kdokoli, komu je víc než 18 let a má zájem o tuto práci. Je pečlivě vybrán a vyškolen aby věděl co dělat ve výjimečných situacích. Není to ale odborník co by poskytoval odborné konzultace a rady. Je v kontaktu s realizátory programu, kteří mu pomáhají. [Esprit 2005, č.10, s.9-10 ]

## Svépomocná Hnutí příbuzných duševně nemocných

### **Charakteristika svépomocných organizací příbuzných**

Obecně mají tyto organizace dva základní prvky:

- práci s informacemi
- výměnu osobních zkušeností

Hlavním přínosem je setkávání lidí se stejnými problémy a podobnými životními etapami dalším znakem těchto hnutí je nedůvěra k profesionálům a léčebnému systému.

### **Činnost svépomocných organizací**

Základní činností je zejména **vedení podpůrných skupin** pro rodiče a příbuzné a **práce s informacemi-edukativní činnost**. Edukace probíhá v rámci podpůrných skupin, letáky, konferencemi a veřejnými setkáváními. Šíří se informace o duševním onemocnění, možnostech jeho zvládnutí a o potřebách pečovatелů-zejména příbuzných.Organizace se snaží o zvýšení povědomí o problémech duševně nemocných v rámci široké veřejnosti.Usiluje se o snížení stigmatizace a dezinformovanosti obklopující duševní choroby.**Finanční podporu** získávají od centrálních či lokálních vládních institucí, z grantů od charitativních organizací, z grantů z obchodních společností, z osobních darů a poplatků za členství v organizaci. Obsahem skupin je to, co přináší samotní rodiče či příbuzní (ne co je dáno zvenku). Primární cíl skupiny je pomoci členům skupiny s problémy, které duševní onemocnění s sebou přináší a podpořit osvojení si dovedností k lepšímu zvládnutí těchto problémů. Členové skupiny sdílejí podobný problém. Skupina může akceptovat rady od profesionála a obvykle začíná pracovat v situaci a v pozici bezmoci. Pomoc přichází od členů skupiny skrze "pouhou" podporu a víru, že spoluúčast a osobní interakce jsou důležité a pomáhající.

[Esprit 2000, .8-9, s.2-3]

Právě tyto skupinky velmi doporučuje bývalý zaměstnanec PL Kosmonosy a současný pracovník Fokusu Mladá Boleslav Tomáš Adam.

Dobrovolnická pomoc a svépomocná hnutí splňují kritéria přátelství, blízkosti a sdílení, je individuální a klientovi je věnován dostatek pozornosti a času.Pomůže klientům s resocializací, překonáním problémů a v kontaktu s lidmi.Myslím, že v rozvíjení těchto aktivit by se mělo co nejvíce pokračovat, protože jejich efektivita je vysoká.Problémem může být jen rekrutace dobrovolníků.

### Lázeňská zařízení

Hlavním úkolem lázeňských zařízení je péče zaměřená na **udržení a upevňování psychického zdraví a doléčování duševních poruch**.Lázeňskými zařízeními zaměřenými na duševní poruchy jsou **lázně Jeseník, Libverda, Teplice v Čechách a Mariánské Lázně**. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 47]

## MEZIRESORTNÍ ZAŘÍZENÍ

Meziresortní zařízení jsou taková, která poskytují zdravotnickou, sociální, právní a jinou pomoc, např. centra denních sociálních služeb a denních aktivit. Umožňují klientům smysluplně trávit volný čas, navazovat společenské vztahy, zdokonalovat se v pracovních, praktických a sociálních dovednostech. Poskytují právní informace. Ve formě klubů mohou organizovat informační, osvětové a rekreační programy. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 47]

**Protidrogová kontaktní, krizová centra, terapeutické komunity** (např. Lokus L v Liberci)

Těmi se nebudu podrobněji podrobněji zabývat, patří spíše do drogové problematiky.

**Řadíme sem také** Chráněné bydlení a přípravu na samostatné bydlení, Zařízení pro podporu práce a zaměstnání, Rehabilitační a chráněná dílny, sociální firmy a sociální družstva **přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání**. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 47-49] Všechny tyto typy už byly zmíněné výše a někdy je zařazení do intermediární nebo meziresortní péče sporné.



## ZAŘÍZENÍ MIMO RESORT ZDRAVOTNICTVÍ

### Specializované ústavy sociální péče

V těchto ústavech jsou umístěni gerontopsychiatrickí pacienti, osoby závislé na návykových látkách, a nemocní s chronickou duševní poruchou. Je v nich rozvinuta zvláštní ošetrovatelská péče (Koncepcie péče o osobu psychiatrie, 2001). V ČR existují domovy důchodců se specializovanou psychiatrickou péčí. V budoucnu by mělo dojít k rozvoji ošetrovatelských ústavů pro gerontopsychiatrické pacienty a další chronicky nemocné osoby, které není možné umístit v jiných zařízeních. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 49]

### Detenční ústavy

Detenční ústav (detence=omezení) je zařízení, kde by měli být umístěny osoby, jejichž duševní porucha je neléčitelná nebo kteří léčbu odmítají, a nadále zůstávají společensky velmi nebezpeční. Dosud se tato situace řeší tím, že mají soudem nařízenou ochrannou léčbu, psychiatrickou nebo sexuologickou, která je realizována ve zdravotnických zařízeních, tedy v psychiatrických léčebnách. Tato zařízení nejsou pro výkon trestu pachatelů velmi závažné násilné trestné činnosti dostačující z důvodů bezpečnosti. Lze z nich snadno utéci a páchat trestnou činnost dál. Pachatelé takto závažných trestných činů často odmítají léčbu a přenášejí své nepřátelské postoje na ostatní pacienty. Vězení pro ně také není řešením. Po odpykání trestu musejí být propuštěni. **Detenční ústav by měl kombinovat péči psychiatrického zařízení a režim vězení.** V detenčním ústavu by měly být umístěny osoby, které trpí např. sexuální deviací nebezpečného charakteru, jako jsou sadistické vlohy, sadističtí pedofilové, kteří nespolutracují, odmítají léčbu, ale bez ní jsou pro společnost velmi nebezpeční. Umístění by zde měli být pacienti s těžkými poruchami osobnosti, kterým chybí vztah k sociálním vazbám, jsou schopni vraždit pro malý zisk, a neváží si lidského života, pachatelé částečně trestně odpovědní, kteří spáchali závažné trestné činy nebo delikventi, kteří porušili zákon pod vlivem drogy. V detenčním ústavu by měl platit přísný vězeňský režim. Zařízení by mělo být střeženo, aby odsouzení nemohli utéci. Detenční ústav by mělo zřizovat a financovat Ministerstvo spravedlnosti. Ministerstvo zvažuje, že bude detenční ústav zřízen v Brně, bude mít kapacitu 100 osob, a bude otevřen v roce 2006. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 49-50]

Letos uprchl nebezpečný sexuální deviant z Kosmonos, znásilnil jednu dívku a nakazil ji žloutenkou typu C, než se ho podařilo dopadnout. Ředitel kosmonoské léčebny se vyjádřil, že bezpečnostní opatření k zadržení těchto nebezpečných jedinců má léčebna nevyhovující a problém by řešily speciálně konstruované detenční ústavy. Proto se domnívám, že z hlediska bezpečnosti a naléhavosti tohoto problému jsou právě detenční ústavy to, co nám nejvíce chybí. Domnívám se, že kapacita 100 lidí pro celou ČR bude málo, ale je to první vstřícný krok

### Středisko ochranných léčeb v době výkonu trestu odnětí svobody

Středisko patří do resortu Ministerstva spravedlnosti (Zdravotní správa), kde se již během výkonu trestu odnětí svobody zahajuje a provádí ochranné léčení sexuologické (např. Kuřim), protialkoholní a protitoxikomanické. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 50]

### Diagnostické ústavy pro děti a mladistvé

Se zabývají především problematikou mládeží. [Babiaková, Marková, Venglářová:2006; 50]

## Základní závěry, nastíněná možná řešení problémů

### Odpovídá současné spektrum institucí požadavkům a potřebám společnosti?

Jedním z velkých problémů, který brzdí celý rozvoj psychiatrické péče u nás, je přetrvávající neochota ke komunikaci mezi komunitním a institucionalizovaným typem péče v psychiatrii. Ředitelé psychiatrických léčeben nazývají komunitní péči jakousi virtuální realitou, neberou ji v potaz a nepředstavuje pro ně plnohodnotného partnera. Komunitní typ péče kritizuje klasické metodě léčby psychofarmaky, svěřací kazajky, omezením v klecových a síťových lůžkách.. [Esprit 2005; Nr.12, s.12]

Na problematiku klecových a síťových lůžek neexistuje jednotná a jednoduchá odpověď. Případu neprospívá přílišná medializace a zveličování a kauzy, kdy se k věci vyjadřují např. i nekompetentní osoby. Pokud skutečně vstoupí v platnost zákon, zakazující v ČR tyto lůžka, bude nutné přijmout více personálu, pacienty izolovat na samostatných pokojích bez čehokoliv, čím by si mohli ublížit v akutních nebo zvláště složitých případech. To bude vyžadovat více peněz, které zatím nejsou. Někteří pacienti budou schopni s určitou pomocí a pozorností jim věnovanou časem fungovat samostatně.. Vše je třeba důkladně lékařsky prošetřit případ od případu. Pak je tu mnoho dalších sporných omezujících technik: **svěřací kazajka, kurtování na lůžku, elektrošoky a inzulínové šoky**. Ani tyto by dle nového zákona neměly být povoleny, zákon povoluje jen **speciální chvaty či samostatné pokoje, a to ještě výhradně v nevyhnutelných případech a na omezenou dobu** Také **vedlejší účinek (o němž pacienti často nejsou vůbec informováni) psychofarmak v podobě chemické svěřací kazajky**, kdy člověk je otupělý, funí a slintá je často diskutován. Když už se takový lék musí nasadit, jen nezbytné pacienta řádně poučit o jeho vedlejších účincích, síle, a působení a v případě možnosti mu dát na výběr.. Souvisí to s tím, že psychoanalytický a rodinný interakční model jsou potlačovány na úkor defektního, biomedicínského a morálního modelu přístupu k duševně nemocným.

Dalším kamenem úrazu je personální problém, v oboru často pracují lidé, kteří vlastní úzkost nebo netrpělivost, případně nezkušenost a osobní mindráky zastírají agresivitou, kterou nevíce odnese právě klient, proti němuž se obrátí. Pomohla by také lepší psychická příprava ošetřovatelek- nutná je podle mě především z charakterových vlastností trpělivost a vysoká frustrační tolerance- a zdravotních sester a jejich vyšší minimální věk pro nástup do praxe. Problém věku částečně řeší nová povinnost absolvovat po maturitě ještě bakalářské nástavbové studium pro vykonávání pozice zdravotní sestry. V psychiatrických léčebnách často schází pořádný program a formy psychoterapie. Stále zde panuje fenomén totální instituce, někdy zbytečně dováděný do krajnosti. Často v těchto ústavech bohužel dochází k opakovanému porušování lidských práv (na návštěvy, svobodu pohybu a komunikaci, právo na názor jiného lékaře).

Problémem jsou také chybějící detenční ústavy pro kontrolu nad nebezpečnými a problémovými pacienty. Částečné zlepšení lze očekávat po dokončení detenčního ústavu v Brně, ale kapacita 100 míst není zřejmě dostačující, což ukáže čas.

Komunitní péči, která je u klientů hodnocená jediné kladně chybí pouze finanční prostředky a v některých lidech slovo "nezisková organizace" vyvolává stále rozpaky a nedůvěru. Přetrvávajícím problémem jsou také chybějící dobrovolníci pro projekty neziskových organizací. K této práci nelze nutit, snad je možné jen zvýšit informovanost obyvatel ve snaze nalákat lidi, kteří by měli zájem nebo využít studenty oboru sociální práce pro praxi na podobných projektech.

V souvislosti s naším členstvím v Evropské unii se ozývá také volání po deinstitucionalizaci dle požadavků Evropské Komise a po individualizaci, která je vlastní komunitním zařízením, ale tolik chybí v institucionalizované péči. Tyto body se zatím nedaří příliš naplňovat. Jako vodítko jsou v tomto pro nás důležité **Zelená kniha pro duševní zdraví a Helsinská deklarace**.

Také náklady na farmakoterapii nebezpečně rostou. Přesto stále převládá trend, že je jednodušší a finančně výhodnější předepsat antidepresiva, než poskytovat psychoterapii, což hovoří v neprospěch komunitní péče a stále favorizuje tu institucionální na niž se peníze poskytnou spíše. Stále se nedostává dialogu mezi zřizovateli a zaměstnanci a pacienty, na jejichž názory na léčení a efektivitu se kromě komunitní péče nebere ohled.

Mgr. Ripová dále výzkumem mezi pacienty překvapivě zjistila, že vztahy mezi nemocnými a jejich příbuznými jsou/až na výjimky/spíše konfliktní, kontakty jsou sporadické. Během léčby příbuzní navštěvovali nemocné jen občas. Ve dvou případech klienti spontánně ocenili snahu svých blízkých dostat je z léčebny pryč. O tom, jak na ně reaguje okolí, se klienti vyjadřovali jen sporadicky a v náznacích. Kromě rodiny a přátel lidé v okolí většinou nevědí o tom, že se léčí. [Ripová:2001; 232] Stále převládá etiketizace a stigmatizace jako hlavní problém lidí s duševním onemocněním.

Neškodilo by tedy, jak navrhuje Chromý zastavit postup další medicinizace v psychiatrii.

## Použité zdroje

1. Babiaková, M.; Marková, E.; Venglářová, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Grada Publishing, Praha, 2006
2. Baštecký, J.: *Psychiatrie, právo a společnost* (Postavení duševně nemocného ve společnosti a právních předpisech), Galén, Praha, 1997
3. *Esprit* 2000, č.5 a 6, s.2-3: Adam, T.: *Vzpomínky psychiatrické sestry*
4. *Esprit* 2000, č.8-9, s.10: Dumková, V.: *Jak na mě jako na pacienta působila psychiatrická léčebna*
5. *Esprit* 2000, č.5, s.7: *Fokus Myklub Liberec*
6. *Esprit* 2005, č.12, s.12-13: *Komunitní péče jako virtuální realita*
7. *Esprit* 2005, č.7-8, s.15: *Ozvěny festivalu Mezi ploty*
8. *Esprit* 2005, č.1, s.10: *Spřátelené kavárny aneb Jak to vlastně začalo*
9. *Esprit* 2000, č.8-9, s.2-3: *Svépomocná Hnutí příbuzných duševně nemocných*
10. *Esprit* 2005, č.10, s.9-10: *Dobroduš aneb dobrovolníci v komunitní péči*
11. Foucault, M.: *Dějiny šílenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*, Praha, Lidové noviny, 1994
12. Foucault, M.: *Dohlížet a trestat : kniha o zrodu vězení*. Praha : Dauphin, 2000
13. Foucault, M.: *Psychologie a duševní nemoc*, Praha, Horizont, 1971
14. Goffman, E.: *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Doubleday, 1990
15. Goffman, E.: *Stigma (Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity)*, SLON, Praha 2003
16. Chromý, K.: *Duševní nemoc (Sociologický a sociálněpsychologický pohled)*, Avicenum, Praha, 1990
17. Chromý, K.: *Sociologie duševních poruch*, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze, 1984
18. *Instinkt* 2006, č.19/V, 11.5.2006 s.20-23, Komůrková, K.; Šmerglová, M.: *Češi v kleci*
19. Janík, A.: *Veřejnost a duševně nemocný*, Avicenum, Praha, 1984
20. Praško, J. a kol.: *Psychiatrie*, Informatorium, Praha, 2003
21. Ripová, L.: *Význam sociálních vztahů v léčbě a procesu destigmatizace duševně nemocných*, In: *Zdravotní politika a ekonomika, sborník č.1/2001*, Kostelec nad Černými Lesy IZPE, 2001, s.191-242
22. <http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=121643> aktualizace 11.4.2006 00:00
23. [http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=135761&tro2\\_2\\_0](http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=135761&tro2_2_0) aktualizace 26.4.2006 18:16
24. <http://www.novinky.cz/domaci/85402-ministerstvo-od-pristiho-roku-zakaze-klecovaluzka.html> aktualizace 15.5.2006 15:52

# PŘÍLOHY

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD, OBOR  
SOCIOLOGIE A SOCIÁLNÍ POLITIKA

## PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Gabriela Hrbáčová

### **Předpokládaný název práce:**

Instituce péče o duševně nemocné v ČR

### **Námět práce:**

V této práci bych chtěla analyzovat a popsat rozdíly a podobnosti v přístupu nestátních a státních institucí péči o duševně nemocné. Budu se zajímat o občanské sdružení a léčebné ústavy zabývající se touto tematikou a jejich přístupy k duševně nemocným a podmínky jejich léčby. Vyjdu z toho, jak tyto instituce hodnotí jejich zaměstnanci, v čem jsou podle nich jejich klady, zápory a především specifika.

### **Předpokládaná metoda zpracování:**

Provedu sekundární obsahovou analýzu výzkumů a dokumentů, zabývajících se touto tematikou a zároveň provedu vlastní dotazníkové šetření menšího rozsahu na zaměstnancích těchto institucí. Chtěla bych prověřit, jestli mezi státními a nestátními institucemi existují velké rozdíly.

## **Orientační seznam literatury:**

- 1 Foucault, M.: *Dějiny šílenství v době osvícenství*, Praha, Lidové noviny, 1994
- 2 Goffman, E.: *Asylums*, New York, Doubleday, 1990
- 3 Vodáková, A.: *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*, Praha, SLON, 1991
- 4 Ripová, L.: *Význam sociálních vztahů v léčbě a procesu destigmatizace duševně nemocných*, Praha, 2001
- 5 Munková, G.: *Sociální deviace*, Praha, Karolinum, 2001
- 6 Příslušné webové stránky
- 7 Lékařské časopisy

### **Charakteristika souboru**

Zkoumaný soubor tvořilo devět klientů s duševní poruchou (schizofrenie, schizotypní porucha, porucha s bludy, schizoafektivní porucha, bipolární afektivní porucha). Byli vybráni klienti, kteří navštívili právní poradnu ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví) v období listopad 1999 až květen 2000. Šlo o tři ženy a šest mužů. Dva klienti měli vysokoškolské vzdělání, čtyři klienti měli vzdělání základní, tři byli vyučení. Nejstarší klient byl ve věku 53 let, nejmladší 20 let. Pět klientů bylo z Prahy, tři z Liberce, jeden z Kralup. Všichni klienti se léčí ambulantně. Dva klienti dochází do Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, tři do Denního sanatoria FOKUS, tři do FOKUSU Myklub v Liberci a jeden dochází k soukromému ambulantnímu psychiatrovi. Sedm klientů pobírá plný invalidní důchod. [Ripová:2001; 212]

### 3.4 Zpracování výsledků

Obsahová analýza rozhovorů přinesla tyto výsledky:

Věk	48, 27, 20, 53, 31, 39, 25, 32, 49
První kontakt s psychiatrem	20, 17, 10, 6, 3, 33, 17, 24, 22
První hospitalizace	46, 17, 15, 27, 19, 33, 17, 24, 22
Počet hospitalizací	1, 18, 9, 16, 4, 4, 28, 4, ?

#### Pobyt v léčebně

Lékařská péče	omezený kontakt ; strach z lékaře zběžný kontakt na vizitě, všichni odtažití; zacházeli se mnou dobře; doktoři se s nikým nebavili, doktor byl strašnej, jsou přesvědčený, že jste blázen a neposlouchaj vás;
Péče zdravotních sester:	zpočátku hrubé chování; seděly na sesterně a nestaraly se;
Péče psychologa	ne; ano, povíдали jsme si; ne; ne; ne;
Denní program	arteterapie; žádný, celý den jsem prospal na kuřárně; pracovní terapie; jen tak jsem seděla ; málo aktivní
Zařízení vnitřních prostor	hlídané, uzavřené; velké pokoje bez zařízení; absence květin;
Nejlepší zážitek	návštěva manželky, jídlo; Psychiatrické centrum; sestřičky; vycházky a kontakty s pacientkami; návštěvy sestry a přátel, přátelství se spolupacientkou; pracovní terapie;
Nejhorší zážitek	mříže, nemožnost vyjít do parku, nemožnost si lehnout; dvojitá dávka léků; samotka a jednání jako s kusem masa; izolace, vedlejší účinky léků; omezení svobody; „drž hubu magore nebo tě pošleme na pětku“; strach z lékařky; dost strachu, nechodilo se ani ven, „Dantovo peklo“
Nátlak /nesouhlas	medikace, kurtování; elektrošoky a inzulínové šoky; kontrola léků pod jazykem, nahánění, jak ve vězení, neinformovanost o vedlejších účincích a o léčbě; léky dávali násilím do pusy; když pacienti zlobili, tak je povalili, všechno strašně agresivní,
Reakce rodiny	šok ; selhání a pak úleva; nevyhnutelná nutnost, mamka nevěřila, že jsem nemocná; rodinu a přátele jakoby ani neměla; matka přijela, když jsem jí napsal
Návštěvy	manželka ; pouze táta, sestra a matka; matka

#### Ambulantní léčba

Denní sanatorium	nejlepší zkušenost – pocit svobody, náhled na nemoc; rozumím si s psychiatrem; pomoc psychická i sociální; naučili mě pracovat s nemocí, přátelská atmosféra; široká nabídka aktivit; dobrá zkušenost
Ordinace	nutnost kvůli dýchodů, nic se nemění – jen léky; docházet na ambulantní léčbu – trpělivost – trpět; anamnéza mluví za vás; opakovaně mě poslal do léčebny; je takovej fádni; nevím, mívám dost co říci, musím být opatrná, abych nebyla pro svoji jinakost doporučena k nesmyslné, zbytečné hospitalizaci pro nedorozumění. Má řeč bývá monologem. Rozumného dialogu se nedočkávám, jen doporučení k užívání léků. doktorka na mě koukala jako na blázna, šlela z toho, co jí říkám
Vztahy s rodinou	nic moc; konflikty s otcem; hádky s rodiči; hádky s manželem; žijeme si po svém; kontakt jen se sourozenci ; každý máme svůj život; otec je pro mě cizí
Postoj okolí	rozesmějí úřednice; našťěstí nic nevědí; kamarádi to vědí a nevdají jim to; křesťansky založení spolužáci mi pomáhali na VŠ, vystudovala jsem, aby se ke mně chovali v blázinci lépe, jako prevenci; lidé v okolí se mnou rádi komunikují a nevdají jim, že jsem se léčila; Myslím, že na lidi nepůsobím moc dobře,
Vzkazy lékařům a personálu	Aby se zamysleli, proč svou práci dělají. Jestli pro člověka nebo pro sebe?! Pro psychiatry je důležité vědět, že láska je lékem pro poraněné duše mnohem více než medikace. Psychiatr by měl milovat své bližní, aby je stiskem ruky podpořil, laskavým slovem potěšil a svůj čas a lásku věnoval těm, které život zlomil a připravil o duševní zdraví. Víc tolerance k pacientům. Sestřičky by se měly více bavit s pacientama.